FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LE SIÉGE

ET LA

CLASSIFICATION DES LIPOMES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

C. DESCAMPS

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,

Lauréat de l'école supérieure de pharmacie (1866).

Pharmacien de 1re classe (1870),

Docteur ès sciences physiques (1872).

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE. 31.

1873

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LE SIÉGE

ET LA

CLASSIFICATION DES LIPOMES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

C. DESCAMPS

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Lauréat de l'école supérieure de pharmacie (1866),
Pharmacien de 1re classe (1870),
Docteur ès sciences physiques (1872).

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31,

1873

A MON PÈRE.

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE

MADAME ÉTIENNE CAFFIAUX,

A MON ONCLE

M. HENRI DESCAMPS.

A MON FRÈRE

M. ARMAND DESCAMPS,

Pharmacien de 1re classe,
Docteur ès-sciences physiques.
P fesseur agrégé au lycée d'Alger.

A M. LE PROFESSEUR ROBIN,

Mon Président de Thèse.

A MES CHEFS DE SERVICE DES HOPITAUX.

A MON ANCIEN MAITRE

M. LE PROFESSEUR JAMIN,
Membre de l'Institut,
Officier de la Légion d'honneur.

A MON AMI

RENÉ BENOIT,

Docteur en médecine.
Docteur ès-sciences physiques.

A MON AMI

LE Dr S. POZZI,

Interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or 1872),
Aide d'anatomie de la Faculté.

A MES AMIS.

INTRODUCTION.

« Les lipômes sont si communs, ont été tant de fois observés, et sont du reste si faciles à traiter, qu'il paraît au premier abord étonnant qu'on puisse encore trouver moyen d'appeler l'attention sur cette lésion ; cependant, il est différents points de l'histoire de ces productions homœomorphes, qui, au point de vue du diagnostic, méritent encore une étude particulière ; je ne parle pas, bien entendu, de ces lipômes simples dont tout le monde connaît le siége ordinaire, la consistance mollasse, le volume variable, l'indolence habituelle ; je veux au contraire faire allusion à ceux dont le développement inusité pourrait donner lieu à des erreurs regrettables, *mais fort difficiles à éviter* (1). » Ces lignes, extraites d'un rapport de M. le D[r] Boullard, sur une observation de lipôme sous-muqueux, ne pouvaient ne pas me revenir à l'esprit à l'occasion d'un malade que j'observais cette année dans le service de M. le professeur Gosselin : ce malade, dont je donnerai plus loin l'observation si intéressante, portait une tumeur que le professeur reconnut être un lipôme, tout en insistant particulièrement sur ce fait que par sa marche, par beaucoup de ses caractères, elle se rapprochait bien plus des sarcômes que des tumeurs graisseuses : pour avoir été si

(1) Bulletins de la Société anatomique de 1854, Rapport sur une observation de lipôme de la langue.

bien signalées par M. le Dr Boullard, les difficultés n'en subsistaient pas moins, et c'est à leur étude que j'ai consacré ce travail. L'un des internes de M. Gosselin, M. le Dr Pozzi, dont je m'honore d'être à la fois l'ami et l'élève, avait déjà plusieurs fois été témoin de pareilles incertitudes de diagnostic, et pensa que la principale difficulté venait de ce que dans l'étude de ces tumeurs on n'avait pas suffisamment tenu compte du siége anatomique de ces productions morbides : selon lui, chacun des organes premiers adipeux de Bichat peut devenir le siége de lipômes qui empruntent à ce seul fait des qualités très-dissemblables. Les nombreuses recherches auxquelles je me suis livré n'ont fait que me faire mieux apprécier la justesse de ces vues : en dédiant ce travail à leur auteur, comme un témoignage bien faible de ma reconnaissance, qu'il me soit permis de le remercier publiquement pour les utiles conseils, les excellentes leçons qu'il n'a cessé de me donner dans le cours de mes études.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LE SIÉGE

ET LA

CLASSIFICATION DES LIPOMES

HISTORIQUE.

Le lipôme (de λίπος, graisse) est une hypertrophie circonscrite du tissu adipeux; c'est le plus souvent une tumeur hyperplasique qui procède du tissu adipeux préexistant, et se présente comme un accroissement excessif, mais circonscrit du tissu graisseux. Il a été longtemps confondu avec d'autres tumeurs résultant, soit de la présence de masses cancéreuses, soit de l'accumulation de liquides variés dans un kyste. En 1709, Littre, qui avait eu l'occasion de disséquer deux tumeurs graisseuses, leur donna le nom qu'elles portent aujourd'hui, et en fit une description dont l'exactitude fut bientôt confirmée par les recherches de Morgagni. Toutefois les chirurgiens continuèrent longtemps à le confondre avec le stéatôme, ou à en faire une variété de loupe, loupe graisseuse, productions qui n'avaient avec le lipôme que des rapports créés par la routine et une mauvaise classification. Les auteurs

du Compendium de chirurgie s'élèvent avec raison contre cette erreur, et de nombreux travaux ont assigné à cette production morbide sa véritable place dans les cadres nosologiques.

On trouve dans les Traités spéciaux de nombreuses classifications des lipômes, classifications artificielles qui empruntent à leurs auteurs leurs caractères cliniques ou anatomiques.

D'après la consistance on a distingué :

Le lipôme mou,

— fibreux,

— ossifié ou pétrifié.

Le mode de développement ultérieur peut à son tour servir de base à une division des lipomes en plusieurs formes, différant entre elles par les caractères extérieurs. C'est ainsi que Virchow admet :

1° *Le lipôme simple tubéreux*, qui prend une extension uniforme dans le tissu adipeux au milieu duquel il se développe ;

2° *Le lipôme capsulaire*. Cette catégorie embrasse les formes où la graisse se développe tout particulièrement *autour d'un organe*, et forme ainsi une tumeur qui paraît appartenir comme telle à l'organe. On peut citer comme exemples les lipômes de la cavité orbitaire, des reins, la plupart des hernies graisseuses ou lipômes herniaires, le lipôme capsulaire des seins ;

Et 3° *le lipôme polypeux*, troisième catégorie dans laquelle l'excroissance graisseuse forme d'abord une petite tumeur aplatie qui fait peu à peu une saillie de plus en plus considérable, et finit par être pédiculée ; cette disposition est normale en certains endroits (appendices épiploïques, glandes de Havers, des synoviales) ; le pédicule peut s'amincir de plus en plus, et le lipôme finit par se détacher :

(1) Virchow, Pathologie des tumeurs.

les corps libres de la cavité abdominale n'ont pas le plus souvent d'autre origine. Enfin, au lieu de ces petits appendices graisseux, il peut s'en développer de très-volumineux, qui peuvent à leur tour devenir à leur surface le siége du développement de nouvelles petites protubérances, de nouveaux polypes : ainsi se produit ce qu'on appelle généralement, d'après Joh. Müller, *le lipôme arborescent.*

Les caractères tirés de la structure ont permis de distinguer :

1° *Le lipôme pur*, le plus commun, purement adipeux ;

2° *Le lipôme fibreux*, caractérisé par un développement plus considérable de la trame fibreuse ;

3° *Le lipôme télangiectasique*, *ou érectile*, que l'on observe surtout dans les nœvi lipomateux congénitaux, et dans certaines tumeurs polypeuses libres et saillantes sur les muqueuses ou dans les séreuses ;

4° *Le lipôme myxomateux*, dans lequel le tissu conjonctif du lipôme est remplacé par du tissu muqueux. C'est un myxôme plutôt qu'un lipôme, et je ne m'en occuperai pas.

Se plaçant au même point de vue, M. le professeur Robin (1) reconnaît en outre les formes suivantes :

1° Une première variété, la plus rare de toutes, est celle dans laquelle les tumeurs, malgré leur grand volume, conservent l'état gélatiniforme propre au tissu adipeux du fœtus ; ces masses gélatiniformes, tremblotantes, parsemées de petits grains blanchâtres, offrent un aspect différent de celui des lipômes proprement dits; aussi ces productions n'ont jamais été désignées sous le nom de lipômes, mais bien sous celui de *cancers colloïdes.* Or, leurs éléments et leur comparaison au tissu adipeux du fœtus, permettent d'en déterminer aisément la nature ;

2° Une autre variété, qui a quelquefois reçu le nom de fibro-lipôme, est due à ce que, en même temps qu'a lieu

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. Adipeux.

l'hypergénèse des cellules adipeuses, il y a hypertrophie des cloisons lamineuses intra-lobulaires : alors la tumeur graisseuse est traversée par des cloisons de tissu fibreux plus ou moins blanchâtres et résistantes, qui modifient notablement la consistance et l'aspect lobulé de la tumeur.

3° Il y a encore une variété de lipômes qu'il importe de signaler, parce que, à l'œil nu, elle n'est pas toujours facile à distinguer. Ce sont des tumeurs qui sont formées à proportions à peu près égales par des cellules adipeuses et par du tissu lamineux à l'état de corps fusiformes. Ces tumeurs sont remarquables par leur coloration d'un gris-jaunâtre, et par leur demi-transparence, caractères qu'on ne trouve pas sur d'autres productions morbides. Il est rare de trouver ces tumeurs cloisonnées : elles peuvent atteindre un volume considérable, tel que celui des deux poings, sans se subdiviser en lobules.

Au point de vue clinique, le Dr Tripier (1) et beaucoup de chirurgiens divisent les lipômes en deux classes :

1° Les lipômes superficiels, les plus communs ;

2° Les lipômes profonds ou sous-aponévrotiques, intermusculaires, sous-muqueux, etc.

A un point de vue plus général, le lipôme souvent cité comme le type de ce qu'on a appelé tumeurs bénignes, rentre dans la classe des tumeurs homœomorphes ; toutefois certains auteurs admettent l'existence de lipômes hétéromorphes et il ne me paraît pas inutile de donner de suite quelques explications sur ce point que j'aurai encore à examiner plus tard.

Je ne pourrais, sans sortir de mon sujet, rappeler ici les nombreuses discussions qu'ont suscitées les questions de la spécificité des tumeurs, de l'homœoplasie et de l'hétéroplasie, etc., aussi me bornerai-je à rappeler brièvement les idées généralement admises aujourd'hui et je ne crois

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. Lipôme.

pouvoir mieux faire que de citer le passage suivant de Virchow (1) : « Chaque espèce de tumeur, quelle qu'elle soit, répond dans ses parties importantes à des éléments du corps dont le type est connu et la différence capitale des diverses tumeurs réside en ce que des tissus normaux par eux-mêmes apparaissent sous forme de tumeurs, tantôt au milieu des régions où ce tissu existe normalement, tantôt en des points où on ne le rencontre pas à l'état normal. Dans le premier cas, on dit qu'il y a *homologie*, dans le second *hétérologie*. La même espèce de tumeur peut donc être dans telle circonstance homologue, dans telle autre hétérologue. Cette division a une grande importance pratique, en ce sens que les tumeurs homologues rentrent toutes en général dans la catégorie des hyperplasies, de la simple hypertrophie du tissu normal, et portent en elles le caractère de la bénignité. Cete catégorie représente donc en masse ce que l'on appelle tumeurs de bonne nature. D'autre part, l'idée de malignité s'attache aussi en général à l'hétérologie, seulement pas à ce point que toutes ces tumeurs soient également malignes. »

Cela posé, il est facile de comprendre l'intérêt qui s'attache à cette question : le lipôme peut-il être une tumeur hétéromorphe? Il serait facile de donner à cette question des réponses contraires et également vraies, ce qui prouve seulement que, comme toutes les classifications, celle-ci est nécessairement imparfaite. Oui, il existe dans la science un grand nombre d'exemples de lipômes hétéromorphes, et dans le cours de ce travail je citerai des lipômes développés dans la substance corticale du rein, dans les acini de la parotide et dans beaucoup d'autres régions privées normalement de *tissu* graisseux ou renfermant à peine quelques vésicules adipeuses : mais si l'on

(1) Virchow. Pathologie des tumeurs.

se place à un point de vue plus élevé, on se rappellera que le tissu graisseux n'est en définitive qu'une transformation , et parfois une dégénérescence du tissu lamineux : partout où se rencontre ce dernier tissu, on peut concevoir aisément la formation de lobules graisseux. C'est ainsi que la sous-muqueuse de l'estomac et de l'intestin, comme celle de la trachée et des bronches, est une membrane dans laquelle la production de la graisse est possible, et on n'examinera jamais le cadavre d'un individu bien nourri sans trouver des cellules de graisse dans certains endroits de celles-ci. Aussi comprend-on facilement que, dans des circonstances pathologiques, le tissu graisseux puisse survenir abondamment dans toute espèce d'endroits où l'on ne s'attendait peut-être pas à le rencontrer, et que ces espèces de lipômes se présentent avec l'aspect de productions hétéroplastiques, tandis qu'elles sont cependant de nature aussi bien hyperplasique que celles que l'on rencontre dans le tissu sous-cutané.

Le tissu lamineux se comporte ici à l'égard des lipômes qui s'y développent, comme les cartilages permanents à l'égard des os qui peuvent s'y produire : « Strictement il y a bien ici hétérologie, mais c'est une hétérologie d'ordre très-inférieur, quasi-physiologique. Ces formes ont une grande analogie avec beaucoup de productions malignes et ce sont elles notamment qui montrent une disposition bien accusée à se combiner avec d'autres espèces de tumeurs, avec le myxôme par exemple, et qui forment parfois dans des tumeurs tératoïdes les combinaisons les plus singulières. »

Il est inutile de faire ressortir l'imperfection de toutes les classifications adoptées jusqu'ici, imperfections suffisamment caractérisées par ce fait que l'on n'a jamais essayé d'en tirer aucune règle qui permît de reconnaître *à priori* la nature d'un lipôme donné, qui permît, par exemple, de distinguer d'un lipôme ordinaire un lipôme

télangiectasique. La méthode que je propose a l'avantage de donner de ces tumeurs une classification parallèle à celle du tissu adipeux qui leur donne naissance, et je crois et espère montrer à la fin de ce travail que du siége anatomique des lipômes on peut tirer des indications très-utiles pour le pronostic et l'intervention chirurgicale.

Avant d'entrer en matière, il me paraît nécessaire de rappeler aussi brièvement que possible quelques notions anatomiques indispensables à l'intelligence du sujet; dans la seconde partie de ce travail je présenterai toutes les observations qu'il m'a paru intéressant de recueillir et je m'efforcerai en terminant de les discuter et de faire ressortir les avantages de la classification que je propose.

NOTIONS ANATOMIQUES.

Je n'ai pas à m'occuper ici de la texture du tissu adipeux, pas plus que de celle des lipômes qui a été si bien étudiée par M. le professeur Verneuil (1) ; il me suffira de décrire les principales dispositions du tissu graisseux dans l'économie, c'est-à-dire le tissu adipeux, et je ne puis mieux faire que de résumer les travaux de M. le professeur Robin sur ce sujet (2).

On donne le nom de système adipeux à l'ensemble des parties similaires ou organes premiers formés par du tissu adipeux.

Il est facile de reconnaître trois ordres très-distincts dans ces parties similaires :

1° Ce sont d'abord celles qui, associées à des organes premiers d'autres systèmes, tels que les faisceaux secon-

(1) Note sur la structure intime du lipôme, Bull. Soc. biologique, 2e série, t. I.

(2). Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. Adipeux et Lamineux.

daires et tertiaires des muscles, les groupes d'acini glandulaires, etc., concourent d'une manière secondaire, mais réelle, à former les muscles, les glandes et autres organes.

Ce sont ensuite les parties similaires qui sont interposées aux organes proprement dits, mais dans ces derniers on distingue :

2° Celles qui sont simplement d'interposition proprement dite ou d'enveloppe, quand il y en a entre toutes les faces d'un organe et les organes qui l'avoisinent ; puis,

3° Celles qui sans discontinuité de l'un à l'autre, sont interposées à la peau et aux organes sous-jacents, en formant ainsi à l'organisme une enveloppe adipeuse générale ou commune sous-cutanée.

Ces trois groupes de parties similaires présentent de notables différences : nous allons les étudier dans l'ordre inverse à celui de l'énumération précédente.

Parties similaires adipeuses de la couche commune sous-cutanée.

Ces organes premiers sont tous continus et forment ce qu'on appelle le pannicule adipeux : sous-jacent à la peau, il est séparé des organes profonds par les aponévroses extérieures d'enveloppe. Toutefois, ce pannicule s'étend sous les muscles de la face, sous le trapèze, sous le grand dorsal sous ses bords antérieur et supérieur, sous le grand fessier par son bord antérieur et au fond du creux de l'aisselle entre les vaisseaux et les nerfs de cette région.

D'autre part, il manque : sous la peau de la ligne médiane du dos, du nez au niveau des os propres et reparaît au niveau du cartilage des lobules ; sous la peau des paupières, du prépuce, de la verge et sous le scrotum. Il s'amincit beaucoup sur la ligne médiane du front, du sternum, au niveau du sommet des apophyses épineuses dorsales et sacrées, de l'acromion et de la crête de l'omoplate.

Aux membres antérieurs, le pannicule adipeux s'amincit à la face postérieure du poignet et se réduit parfois à quelques lobules à partir du bord inférieur du ligament annulaire du carpe, au dos de la main, jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes.

Au pied, ce n'est qu'au niveau du tarse, ou seulement des articulations métatarso-phalangiennes qu'il s'amincit brusquement.

Trois régions offrent des particularités anatomiques importantes à signaler : ce sont le tissu adipeux du cuir chevelu, les coussinets palmaires et plantaires et ceux de la pulpe des doigts : au cuir chevelu, le tissu adipeux a une épaisseur assez uniforme, peu variable d'un sujet à un autre ; c'est une couche à texture serrée, c'est-à-dire à lobules très-petits séparés par des cloisons lamineuses plus minces.

A la paume des mains et à la plante des pieds, le tissu adipeux est formé de lobules volumineux, arrondis, mous, composés de grosses vésicules : le rôle des coussinets est dû simultanément à leurs lobules et à la disposition des nombreux faisceaux fibreux assez riches en fibres élastiques qui de la face profonde du derme vont s'insérer sur les aponévroses palmaire et plantaire.

Mêmes particularités à la pulpe des doigts.

Parties similaires adipeuses d'interposition et d'enveloppe.

Ces parties adipeuses manquant pendant toute la durée de l'existence entre certains organes, on peut les diviser en plusieurs groupes :

1° *Organes premiers adipeux d'interposition*, *musculaires*, *osseux*, *nerveux et vasculaires*. — Ces organes premiers sont disposés en couches généralement minces entre les gaînes aponévrotiques propres des muscles et autour des vais-

seaux et nerfs intermusculaires, ainsi qu'entre les branches des plexus nerveux; mais on en trouve aussi parfois entre le muscle même et son aponévrose d'enveloppe, particulièrement au niveau des tendons encore élargis avec le ventre musculaire correspondant, et là les couches adipeuses adhèrent fortement à cette partie du muscle. On en voit aussi entre certains os et les muscles, comme à l'extrémité inférieure de l'humérus et du fémur, etc.

A la face, il existe deux organes premiers adipeux qui, par leurs caractères, nécessitent une mention spéciale: 1° le *coussinet adipeux de l'orbite* et 2° la *boule graisseuse de Bichat.*

2° *Organes premiers adipeux articulaires.* — On peut les diviser en intrinsèques et extrinsèques: intrinsèques ou placés dans la cavité articulaire même, ils ont toute une surface d'adhésion aux ligaments ou aux os, et une surface lisse de glissement soulevant la synoviale et lui adhérant intimement: ce tissu est généralement très-vasculaire; extrinsèques ou placés hors des cavités articulaires entre les diverses couches de ligaments ou contre ceux-ci.

3° *Parties similaires adipeuses des cavités viscérales.* — Le tissu adipeux est différemment distribué dans les trois cavités viscérales de l'économie, canal rachidien, cavités abdominale et thoracique.

1° Organes premiers adipeux rachidiens. — La cavité encéphalique et celle de la dure-mère rachidienne en sont complétement dépourvues; mais à partir du niveau de la troisième vertèbre cervicale, on trouve du tissu adipeux entre la face externe de la dure-mère et la face interne du canal rachidien.

2° Organes intra-thoraciques. — Les uns sont particulièrement en rapport avec la plèvre, les autres avec le péricarde et le cœur; avec la plèvre, les parties adipeuses sont toutes sous la plèvre pariétale et aucune ne répond à

la plèvre pulmonaire; dans le péricarde, on les trouve aussi sous le péricarde viscéral seulement.

3° Organes abdominaux ou sous-péritonéaux. — Il faut distinguer ceux qui sont spécialement sous le péritoine pariétal ou entourent quelques-uns des organes contre lesquels passe cette portion de la séreuse et ceux qui sont sous le péritoine intestinal ou mieux entre ses feuillets qu'ils écartent.

On doit noter la capsule ou atmosphère adipeuse du rein, une couche plus ou moins épaisse entre la face antérieure de la vessie et le pubis, etc.

Parties similaires adipeuses de constitution.

On doit décrire sous ce nom des organes premiers adipeux, très-distincts de ceux dont il a été question plus haut, qui prennent part à la constitution d'un certain nombre d'organes seconds, aux lobes ou aux autres divisions desquels ils sont interposés.

Il est des systèmes qui manquent complètement de ces parties adipeuses : telles sont les membranes fibreuses, les séreuses, l'épaisseur du derme et du chorion, le système nerveux central, les cartilages, les os, le poumon, les parois de l'utérus, le tissu du foie, de la rate, etc.

Ces organes premiers de constitution sont, les uns intramusculaires, les autres intra-glandulaires : les derniers sont ceux qui sont interposés aux faisceaux primitifs des nerfs périphériques.

1° *Organes intra-musculaires.* — Ce sont ceux qui forment des trainées entre les faisceaux secondaires des muscles ; ils diffèrent notablement d'un muscle à l'autre et dans un même muscle d'un sujet à un autre : ce sont ces trainées adipeuses dont le régime de l'engraissement augmente les dimensions, au point de déterminer un certain degré

d'atrophie des faisceaux striés eux-mêmes. Chez quelques sujets, on trouve de petits lobules adipeux entre les faisceaux musculaires de la vessie jusqu'au-dessous de la muqueuse de cet organe.

2° *Organes intra-glandulaires.* — Ces organes premiers sont représentés par des lobules ou même des couches plus ou moins épaisses d'un sujet à l'autre qui existent entre les lobes de la mamelle et même entre ceux des glandes salivaires et du pancréas. On en voit aussi de petits entre les lobules de la thyroïde.

3° *Organes premiers adipeux des cordons nerveux périphériques.* — Plus petites que celles dont il a été question précédemment, ces parties similaires adipeuses forment de minces lobules ou filaments graisseux dans le névrilème qui est interposé aux faisceaux primitifs des nerfs, surtout ceux qui ont un certain volume comme ceux des plexus des membres.

I. — LIPÔMES DU PANNICULE ADIPEUX SOUS-CUTANÉ.

Ces lipômes se rencontrent si fréquemment, sont depuis si longtemps connus qu'il serait superflu d'en donner ici des observations. Aussi ne m'occuperai-je que des tumeurs développées dans des régions qui présentent des particularités intéressantes.

Les lipômes du scrotum sont à peine connus; or le pannicule adipeux sous-cutané manque dans cette région et cette absence explique peut-être la rareté de ces tumeurs qui, bien observées, devraient probablement se ranger à côté des lipômes de constitution. M. Deguize (1) fils a enleve

(1) Bulletins de la Société de chirurgie, t. IX.

une énorme tumeur graisseuse ayant presque le volume de la tête et logée dans le scrotum; l'observation incomplète ne permet pas d'en soupçonner l'origine. D'après Virchow, ces lipômes procéderaient, tantôt de la tunique vaginale des testicules, tantôt de la tunique du dartos.

On se rappelle que le tissu graisseux présente à la paume de la main une disposition spéciale. Les lipômes de cette région sont si rares que je crois devoir réunir toutes les observations connues.

Observation I (1). — En 1809, un cocher âgé de 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, pour un lipôme du volume d'une pomme de rainette, qu'il porte en dedans du pouce et de la main. Le pouce était luxé en arrière; une exostose assez volumineuse avait pris naissance sur la face interne de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. M. Dupuytren fit une incision cruciale, disséqua les quatre lambeaux et emporta la tumeur sans toucher au pouce et sans ouvrir l'articulation déboîtée, il ne s'écoula pas de sang. L'exostose se dissipa petit à petit et le pouce put être ramené à sa rectitude naturelle. Quelques accidents assez graves suivirent l'opération : *une inflammation vive de toutes les gaînes des tendons* de la face antérieure de l'avant-bras et de la main et la mortification d'une partie de la peau du pouce. Plusieurs abcès à l'avant-bras et à la main ont été ouverts et le malade a parfaitement guéri.

Obs. II (2). — M. Boinet fut consulté par une malade qui portait, dans la paume de la main droite, une tumeur à plusieurs lobes dont le plus gros, du volume d'un œuf de poule, était placé entre le pouce et l'indicateur, et les autres au nombre de cinq correspondaient, l'un à l'éminence

(1) Gazette médicale, 1834.
(2) Bulletins de la Société de chirurgie, 1866.

hypothénar, les autres à chaque articulation métacarpo-phalangienne. Son début remontait à sept ou huit ans. Toutes ces tumeurs semblaient si bien correspondre entre elles que lorsqu'on appuyait sur l'une d'elles, les autres devenaient plus saillantes et plus tendues, et elles offraient de tels caractères qu'à la palpation, tous ceux qui ont examiné la malade, ont déclaré qu'il y avait une fluctuation très-évidente et ont conclu que la maladie était un « kyste synovial crépitant ».

La tumeur opérée se trouva être un lipôme. Par une incision faite sur le lobe le plus volumineux, on put extraire la partie la plus volumineuse de ce lipôme et tous les autres lobes qui en dépendaient et qui s'étalaient dans la paume de la main, dans tous les points indiqués *au-dessous de l'aponévrose.*

Obs. III (1). — Un garçon boucher de 27 ans a été reçu dans les salles de M. Robert (hôpital Beaujon) pour une tumeur à la paume de la main droite, s'offrant dans les conditions suivantes : volume d'une demi-orange ; longueur 9 centimètres, largeur 7, forme pyramidale ou plutôt cordiforme : s'étend depuis deux travers de doigts au-dessous de l'origine de l'éminence hypothénar jusqu'au milieu de la face palmaire du petit doigt ; et en largeur, depuis le bord cubital de la main jusqu'au niveau de la racine du doigt médius ; sans changement de couleur à la peau qui est seulement amincie et distendue, ayant conservé les traces des sillons palmaires : molle et élastique au toucher, présente une sorte de crépitation ou de frottement quand on la presse, ce qui rappelle les kystes séreux remplis de corpuscules hordéiformes. Pas de transparence : elle paraît sous-cutanée, placée au devant des tendons palmaires, *le petit doigt est légèrement fléchi : sa forme est trilobée.*

(1) Annales de thérapeutique, 1844-45.

Le commémoratif a appris que la tumeur s'était déclarée sans cause connue à l'âge de 12 ans par une petite grosseur du volume d'un noyau de cerise au-dessous de l'éminence hypothénar : pendant de longues années la tumeur ne fit que des progrès peu sensibles, mais il y a deux ou trois ans, elle commença à augmenter et arriva rapidement à un volume considérable : une douleur s'adjoignit au côté interne de l'avant-bras.

Etait-ce un kyste ? un lipôme ? un encéphaloïde ? une masse fibreuse ou squirrheuse ?

M. Robert, après une ponction exploratrice et le diagnostic fixé, fit une incision cruciale à la peau, disséqua les lambeaux et trouva un lipôme d'une disposition assez singulière : la tumeur a été enlevée partie par dissection, partie par énucléation, sans intéresser ni les tendons, ni l'aponévrose palmaire, ni aucun vaisseau important.

Obs. IV. *Lipôme de la main simulant un kyste synovial*, par M. Trélat (1). — Comme les erreurs sont au moins aussi profitables que les succès pour celui qui les commet, je n'ai pas voulu rester seul à en tirer bénéfice et je prie la Société d'accepter la courte communication que voici :

Il y a quinze jours, je reçus chez moi un malade âgé de 58 ans, et bien portant du reste, qui me montra la paume de sa main gauche occupée par une tumeur : celle-ci s'était développée lentement, sans grande douleur, causant seulement, de temps à autre, de la gêne et un peu d'engourdissement dans les mouvements. La peau, normale dans sa couleur et sa consistance, était soulevée en bosselures arrondies, saillantes dans les éminences thénar et hypothénar et surtout au niveau de cette dernière. La tumeur étant absolument limitée à la paume de la main, la partie

(1) Bulletins de la Société de chirurgie, 1868.

inférieure de l'avant-bras n'offrait aucune trace de gonflement.

Quand on pressait l'un des deux lobes de la grosseur, on faisait refluer son contenu vers l'autre lobe. La fluctuation se produisait avec une incontestable netteté. Le liquide semblait se déplacer avec la plus grande facilité, et quoiqu'on ne sentît pas de grains hordéiformes, on obtenait néanmoins une sorte de frôlement rugueux et prolongé, en poussant alternativement la masse vers l'un ou l'autre des deux côtés.

En tenant compte de cet ensemble de signes et surtout de l'évidence de la fluctuation, je diagnostiquai un kyste synovial de la paume de la main, et je pris jour avec le malade pour lui pratiquer une ponction suivie d'injection iodée.

Lundi dernier, j'enfonçai un trocart dans la tumeur, au niveau de la saillie interne (hypothénar) qui était la plus considérable, et, à ma grande surprise, rien ne sortit par la canule. Je la fis manœuvrer avec facilité dans l'intérieur de la prétendue cavité; j'introduisis un stylet dans son calibre. Rien n'y fit, je n'obtins pas une goutte de liquide. J'avais une telle foi dans un diagnostic auquel j'avais donné toute mon attention, que je ne fus pas convaincu. Je supposai que le liquide était trop épais, ou bien que l'enveloppe kystique formait opercule à l'orifice de la canule.

Je me procurai donc un trocart plus volumineux et bien effilé, et le matin même je renouvelai la ponction. Cette nouvelle tentative eut absolument le même résultat que la première. Evidemment, je m'étais trompé, ou mieux j'avais été trompé par une symptomatologie insidieuse. Je retirai brusquement le trocart et je réunis les deux orifices de la ponction par une incision de 3 centimètres parallèle à l'axe de la main. Aussitôt une masse graisseuse fit hernie à travers les lèvres de la plaie, et des tractions légères me

permirent d'extraire, par cette ouverture peu considérable, la tumeur que je mets sous les yeux de mes collègues.

C'est un lipôme bilobé, limité de tous côtés par une enveloppe celluleuse qui a facilité son énucléation. La graisse qui le constitue est fine, délicate et peu résistante. Cette masse graisseuse reposait sur les tendons fléchisseurs et *était déprimée à son centre par l'aponévrose palmaire*. La pression de l'aponévrose et la finesse de la graisse me semblent expliquer la fluctuation perçue dans la tumeur et je crois que le frôlement rugueux était dû au déplacement de lobules profonds sur les tendons fléchisseurs.

Cette explication me paraît d'autant plus plausible qu'au moment où j'extrayais la tumeur et où je faisais passer son lobe externe sous l'arcade aponévrotique et sur les tendons, j'éprouvai la même sensation de frottement saccadé.

Je maintiens en tout cas que cette sensation ne ressemblait que très-imparfaitement à celles que donnent le déplacement, la collision et le passage à travers une étroite ouverture, des grains riziformes qu'on trouve dans les kystes synoviaux.

Aussi à l'avenir, si j'avais à diagnostiquer une tumeur fluctuante occupant le même siége, et que la crépitation hordéiforme ne fût pas nettement perçue, je garderais une prudente réserve. Si, de plus, la tumeur était rigoureusement bornée à la paume de la main, sans qu'il fût possible de la faire refluer sous le ligament annulaire du poignet, me souvenant de mon observation et de la malade que nous a présentée M. Boinet, il y a deux ans, malade chez laquelle tous les membres présents diagnostiquèrent un kyste alors qu'il s'agissait d'un lipôme, je ne voudrais établir le diagnostic qu'après avoir fait une ponction exploratrice. C'est, en effet, le seul moyen de trancher le débat entre nos sens qui disent : tumeur fluctuante et par

conséquent liquide, et la réalité qui dit : tumeur graisseuse fluctuante, mais non liquide.

M. Chassaignac (1) a observé un malade qui portait sur le corps une cinquantaine de petites tumeurs saillantes et ressemblant à ce qu'on a appelé tumeurs molluscoïdes. Il en a enlevé une et l'a trouvé formée de tissu graisseux : il sembla qu'elle était due à la hernie du tissu cellulo-graisseux sous-cutané légèrement hypertrophié, à travers le derme atrophié. On pourrait appeler ces tumeurs lipômes molluscoïdes.

Je n'insiste pas sur ce fait que sa singularité seule m'a fait reproduire.

II. Lipômes du tissu adipeux d'interposition ou d'enveloppe.

1° *Lipômes sous-muqueux.*

Assez rares, ces lipômes se rencontrent principalement sous la muqueuse de la bouche et de la partie supérieure du canal digestif. Le professeur Marjolin (2) a vu une tumeur sub-linguale qui avait toutes les apparences de la grenouillette et qui n'était autre qu'un lipôme sous-muqueux. M. le Dr Worms (3) donne l'observation d'un cas analogue qui a donné lieu à la même erreur de diagnostic. M. Demarquay (4) a enlevé un lipôme du volume d'une noisette situé sous la muqueuse de la lèvre inférieure et faisant saillie du côté de la bouche. Dans les comptes-rendus de la société de biologie on trouve une observation

(1) Bulletins de la Société de chirurgie, 1861.
(2) Cruveilhier, Anatomie pathologique.
(3) Union médicale. 1873.
(4) Lebert, Anatomie pathologique, t. I.

de lipôme sous-muqueux des gencives opéré par MM. Thomas et Cornil (1); du volume d'un œuf de pigeon, cette tumeur, dont le développement avait été très-lent, faisait saillie au-dessus du bord libre de la lèvre inférieure et la dépassait d'un demi-centimètre environ; la muqueuse très-amincie, mais non adhérente, pouvait glisser facilement sur elle.

M. Bastien (2), alors interne des hôpitaux, a recueilli dans le service de M. Laugier une observation très-complète de lipôme sous-muqueux de la langue; dans les premières années, le malade n'avait qu'un petit bouton assez dur qui augmenta insensiblement de volume ; à l'âge de 15 ans, il était gros comme un noyau de cerise; mais, à partir de cette époque jusqu'à l'âge de 21 ans, son volume s'est accru plus rapidement et la tumeur a atteint le volume d'un œuf de pigeon ; depuis cette époque, elle est restée stationnaire. Bien circonscrite, la tumeur ne paraissait avoir contracté que des adhérences très-lâches avec les parties voisines et avec la muqueuse qui la recouvrait. On pouvait la mouvoir un peu dans tous les sens, excepté en dedans et en avant, où elle paraissait tenir un peu plus aux parties voisines. Ce lipôme dont je reparlerai bientôt était probablement intermusculaire à l'origine.

Dans la thèse de M. Gosselin sur les polypes des fosses nasales, on trouve l'observation due à M. Foucher d'une tumeur désignée sous le nom de polype, tandis qu'en recourant à l'observation originale, on trouve la description d'un véritable lipôme sous-muqueux développé en arrière du larynx et faisant saillie dans le pharynx.

Meckel a trouvé un lipôme qui occupait l'extrémité inférieure de l'œsophage ; Virchow (3) sous la muqueuse de

(1) Comptes-rendus des séances de la Société de biologie, 1865.
(2) Bulletins de la Société anatomique de 1854.
(3) Virchow, Anatomie pathologique.

l'estomac, près du pylore. Enfin Sangalli a vu dans le côlon descendant deux polypes graisseux sous-muqueux, de la grosseur d'un œuf de poule, qui ont produit une invagination.

2° *Lipômes du tissu d'interposition, musculaires, osseux, nerveux et vasculaires.*

Lipômes musculaires et vasculaires. — M. Broca (1) a trouvé dans le muscle extenseur commun des doigts une tumeur graisseuse enveloppée partout par les fibres musculaires ; dans la même région, MM. Boulard et Verneuil (2) ont observé deux lipômes qu'ils ont présentés à la Société anatomique ; l'un était situé entre le muscle brachial antérieur et le long supinateur du côté gauche, s'enfonçait un peu par son extrémité inférieure entre l'humérus et le triceps huméral, tandis que son extrémité inférieure soulevait l'aponévrose anti-brachiale. La pièce de M. Verneuil était située entre le premier radial externe et le long supinateur.

Un lipôme télangiectasique pris pour un cancer a décidé M. Sédillot (3) à pratiquer l'amputation de la cuisse : la tumeur s'était développée au jarret, sur et sous le gastrocnémien, avait refoulé le plantaire grêle et en partie étalé son tendon en membrane. La tumeur contenait un assez grand nombre de vaisseaux assez volumineux remarquables par l'épaisseur de leur paroi formée presque exclusivement de graisse et qui en fait de tissu propre paraissait n'offrir que la tunique interne amorphe, vitrée. Dans un cas de lipôme cervical enlevé par Liston (4), l'opération devint très-grave par le prolongement de quelques lobes

(1) Bulletins Société anatomique, 1848.
(2) Cruveilhier, Anatomie pathologique.
(3) Prat, Thèse de Strasbourg, 1858.
(4) Follin, Traité de pathologie externe, t. I.

de la tumeur vers les régions profondes du cou, du côté de la trachée et de l'œsophage. M. Morel-Lavallée (1) a observé deux tumeurs parfaitement symétriques dans chacun des creux poplités : on aurait pu les prendre pour des kystes ou des hernies musculaires; elles apparaissaient surtout lorsque les muscles étaient tendus.

M. Barthez (2) a extirpé de la cuisse d'une femme un énorme lipôme pesant 8 livres et demie ; il était situé au-dessous des muscles biceps et demi-membraneux qui s'étaient épanouis sur lui en membrane mince.

Cruveilhier (3) cite un cas d'adipôme sous-deltoïdien pris pour un kyste ou une tumeur encéphaloïde : il était bilobé, d'une assez grande consistance : le plus considérable des lobes était situé sous le deltoïde, le plus petit sous le grand pectoral.

Une observation identique à la précédente a été faite par Gerdy (4).

Obs. V. *Lipôme intermusculaire*, par M. Gosselin (5). — La malade, âgée de 39 ans, portait depuis quatre ans à la région sus-claviculaire une tumeur mollasse dont nous n'avions pu déterminer rigoureusement la nature ; elle était entrée une première fois dans mon service à l'hôpital de la Pitié en 1866 ; j'avais fait une ponction exploratrice dans la pensée qu'il s'agissait peut-être d'un kyste, mais je n'avais pas vu s'écouler de liquide, et comme la malade n'était tourmentée ni par la douleur, ni par aucun autre symptôme fonctionnel, je l'avais engagée à attendre et j'avais fait écrire le diagnostic : *lipôme*, *peut-être sarcôme*

(1) Bulletins de la Société de chirurgie, 1re série, t. VIII.
(2) Bulletins de la Soéiété anatomique, 1836.
(3) Cruveilhier, Anatomie pathologique.
(4) Bulletins de la Société anatomique, 1848.
(5) Clinique chirurgicale de Gosselin, t. II.

de la région sus-claviculaire gauche passant derrière la clavicule.

Elle était revenue deux ans plus tard, le 26 février 1868, à la Charité, et sa tumeur était tellement molle et fluctuante que j'avais cru devoir faire une nouvelle ponction, avant de risquer un diagnostic. Le liquide n'étant pas venu, j'avais fait écrire : *tumeur sus, sous et rétro-claviculaire, probablement fibro-plastique molle ou myxoïde.*

Dans ces derniers temps, quoique souffrant toujours peu, elle était inquiète de l'augmentation incessante de volume et demandait avec instance à être débarrassée. Vous avez vu que la tumeur, grosse comme une orange, occupait la région sus-claviculaire gauche, en s'élevant à cinq ou six travers de doigts au-dessus de la clavicule et s'étendant du trapèze au sterno-mastoïdien qu'elle soulevait. *Elle n'adhérait nullement à la peau.*

En embrassant la tumeur avec la main et lui imprimant un mouvement en travers, je la trouvais mobile sur les parties profondes.

Je vous ai fait remarquer, en outre, que la tumeur faisait saillie au-dessous de la clavicule; en plaçant une de mes mains au-dessus et l'autre au-dessous de la clavicule, et exerçant une pression alternativement avec l'une et avec l'autre, j'ai senti très-nettement que la main qui restait immobile était soulevée, et comme aucun relief ne se voyait en avant de la clavicule, j'ai dù conclure que la tumeur se prolongeait en arrière de cet os et venait faire saillie derrière le grand pectoral, qu'en un mot, elle était rétro-claviculaire et sous-claviculaire en même temps que sus-claviculaire.

D'après les symptômes, nous avions pu penser à un kyste, à une tumeur érectile veineuse, à un sarcôme mou ou myxôme, enfin à un lipôme. Nous n'avions en réalité à hésiter qu'entre un sarcôme mou et un lipôme également mou.

L'opération fut faite le 7 décembre 1869. Vous avez pu voir qu'elle a été beaucoup plus simple que je n'avais pu le supposer : j'ai fait une première incision transversale, et j'ai reconnu de suite qu'il s'agissait d'un lipôme. La tumeur entière a pu facilement être énucléée en se servant principalement des doigts.

Pour le pansement, j'ai réuni les bords de la plaie avec quelques points de suture métallique ; j'ai placé plusieurs morceaux d'amadou superposés au-dessous de la clavicule, en vue de combler au moyen de la compression l'espace vide, *laissé derrière le grand pectoral*, par la portion sous-claviculaire de la tumeur.

Au microscope, la tumeur présente tous les caractères des lipômes.

La cicatrisation était complète le 30 décembre ; j'ai seulement à faire remarquer que cette malade est revenue me voir dernièrement (décembre 1872) à la consultation de l'hôpital, avec un cancer incontestable du sein gauche. Elle nous offre donc l'exemple assez bizarre d'un cancer survenant quelques années après l'ablation d'un lipôme, sans qu'il y ait certainement aucun rapport étiologique entre les deux maladies.

J'extrais de la thèse de M. Darbès (1) le passage suivant, relatif à une opération faite par M. le Dr Jallet : « Le chirurgien va d'un seul coup jusqu'aux muscles tout en prolongeant son incision verticalement jusqu'à la partie la plus inférieure de la tumeur ; le muscle trapèze est ensuite divisé ; au-dessous de lui se trouve un tissu graisseux très-abondant qui, s'étalant sous les muscles voisins, se prolonge au milieu de ceux de la couche profonde : une dissection minutieuse entraîne le chirurgien jusqu'aux muscles des gouttières dorsales, où l'on voit des masses

(1) Darbès, Thèse de Paris, 1868.

graisseuses pénétrer dans les interstices des muscles de cette région et même entre les apophyses transverses de la colonne vertébrale : la mort a lieu peu de temps après l'opération. »

Dans le même travail, on trouve l'observation très-intéressante d'un homme mort à 70 ans, dans le service de M. Broca : En 1823, il avait été opéré pour un lipôme de la hanche pesant 2,500 grammes ; cinq mois après cette ablation, le malade vit sur toute la surface de son corps se développer un grand nombre de tumeurs lipômateuses (2,080 lipômes). On trouva une masse graisseuse dans la gaîne dn sterno-cléido-mastoïdien et dans celle de la carotide primitive : dans le muscle sterno-mastoïdien, une collection analogue à celle d'un abcès, mais le microscope n'y découvrit que des granulations graisseuses.

Obs. VI. *Lipôme sous-parotidien*, par M. Demarquay (1). — « J'ai l'honneur d'attirer l'attention de la Société sur un fait intéressant et rare. J'ai été consulté, il y a quelques années, par un homme d'environ 50 ans, habitant une ville du centre de la France. Cet homme, fort, vigoureux, portait, dans la région sous-parotidienne droite, une tumeur volumineuse, molle, fluctuante, et donnant la sensation d'un lipôme superficiel.

L'opération ayant été décidée, je fis une incision cruciale intéressant seulement la peau; je tombai sur une parotide volumineuse, hypertrophiée et donnant bien la sensation d'une tumeur molle et fluctuante. La saillie formée par la tumeur était aussi évidente qu'avant la dissection de la peau. Il n'y avait point à douter, le produit pathologique était sous la parotide. Mais, comment arriver sous cette glande, sans intéresser la parotide, là était la question. Pour arriver à ce résultat, je cherchai à isoler la parotide à sa circonférence afin de ménager les filets du facial.

(1) Union médlcale, 1873, n° 28.

Mais, malgré mon décollement parotidien, je n'arrivai point sur le produit pathologique à enlever. Bien convaincu que la tumeur volumineuse que j'avais sous le doigt n'était point formée par la parotide seulement, je me décidai à l'entamer dans sa partie antérieure afin de mettre à nu la tumeur: je trouvai alors un lipôme beaucoup plus gros qu'un œuf de poule, enkysté et ayant pris naissance sous la parotide, derrière la partie montante du maxillaire inférieur sous laquelle la tumeur graisseuse envoie un prolongement.

L'examen microscopique de la tumeur, fait séance tenante par M. Després, lui a démontré qu'il s'agissait bien réellement d'un lipôme.

Lipôme osseux.— On sait qu'à l'état normal, on trouve une couche de tissu adipeux recouvrant le fémur sous la synoviale et servant comme de coussin à la rotule ; en dehors de cette couche, juste au-dessus du bord externe de la poulie fémorale, existe aussi une petite masse de graisse isolée, tout à fait spéciale: dans certaines affections chroniques et notamment dans l'hydarthrose, ce flocon adipeux peut augmenter de volume et devenir le siége de véritables lipômes: on en connait plusieurs exemples, un entre autres qui se présenta dans un concours pour la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté, et dont le diagnostic divisa les compétiteurs et même les juges (1).

Ces productions paraissent avoir plusieurs fois soulevé la synoviale, s'être pédiculisées et être ainsi devenues l'origine de corps étrangers articulaires.

Lipômes du sein. — Assez rares, dit Velpeau (2), pour n'avoir guère été mentionnés jusqu'ici, les lipômes du

(1) Journal de chirurgie de Malgaigne, 1844, obs. de M. Marjolin.
(2) Velpeau, Traité des maladies du sein.

sein offrent cependant un intérêt assez grand au point de vue clinique, attendu que le diagnostic en est parfois fort difficile; on les a confondus avec des kystes, des tumeurs adénoïdes, fibreuses et même encéphaloïdes. D'après Virchow, tantôt la glande reste intacte à côté d'un énorme accroissement de la capsule graisseuse, tantôt elle subit également une augmentation de volume. On doit à MM. Robert et Amussat (1) un rapport intéressant sur un cas de lipôme des deux mamelles, guéri par la double extirpation, par M. Rouyer de Saintes: l'une des tumeurs pesait 30 livres et demie et l'autre 20 livres et demie. Elles étaient constituées par du tissu graisseux au milieu duquel se trouvaient des noyaux glandulaires non dégénérés, mais excessivement hyperthrophiés.

Lipôme de l'orbite. — Le lipôme de la cavité orbitaire est une affection peu connue, soupçonnée plutôt que décrite par Demours (2). On n'en connaît que quelques faits bien authentiques: l'un est dû à Dupuytren (3); le second a été observé par Bowman (4). Les autres sont rapportés par M. Carcon du Villards (5), qui assure avoir toujours rencontré les tumeurs adipeuses en dehors des muscles. Travers au contraire les a trouvées occupant les intervalles qui existent entre les muscles droits. On trouvera plus loin (Obs. XII) l'histoire complète d'une tumeur de ce genre, d'autant plus remarquable qu'elle est survenue après l'ablation d'un lipôme de constitution.

Comme les précédents, les lipômes développés aux dépens de la boule de Bichat sont assez rares: Bruns (6), cite un cas de ce genre qui a été pris pour une tumeur de

(1) Union médicale, mai 1851.
(2) Demours, Maladies des yeux, obs. 401.
(3) Lancette française, 1835.
(4) London journal of medicine, 1848.
(5) Annales d'oculistique, 1858.
(6) Handbuch der praktischen chirurgie, 2e partie, t. I.

la parotide, une autre observation est due à M. Robert (1), qui insiste sur les difficultés du diagnostic.

3° *Lipômes articulaires.*

Comme le tissu adipeux de ces régions, les lipômes articulaires peuvent être intrinsèques ou extrinsèques : d'après Virchow, « les polypes graisseux, développés au niveau des glandes de Havers des synoviales, peuvent ensuite faire saillie dans les cavités articulaires ou les bourses muqueuses, ainsi que cela est arrivé assez souvent dans la bourse muqueuse située sous le ligament rotulien, au-dessus de la crête du tibia.

J. Müller a décrit, sous le nom de *lipôme arborescent des articulations*, une affection caractérisée par le développement exagéré des papilles articulaires, et constituée surtout par la formation à leur intérieur d'une grande quantité de cellules adipeuses. Une figure empruntée à Volkmann par Follin (2) reproduit un bel exemple de cette altération singulière.

4° *Lipômes des cavités viscérales.*

1° *Lipômes sous-arachnoïdiens.* — Cruveilhier dit avoir trouvé une fois une tumeur graisseuse du volume d'un pois chiche dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, sur le bulbe rachidien, au niveau de l'olive gauche. Virchow a trouvé dans le cerveau d'un aliéné un lipôme de la grosseur d'un pois, juste en avant du tubercule mamillaire gauche; Klob mentionne un lipôme de la grosseur d'un haricot qui, chez un homme atteint de surdité, était situé entre le pont de varole et l'hémisphère cérébelleux gauche : il commençait juste au-dessus de l'olive gauche et s'étendait le long des nerfs acoustique et facial qui en étaient

(1) Bulletins de la Société de chirurgie, 1850.

presque enveloppés jusqu'au méat auditif interne. Obré relate une accumulation circonscrite de graisse dans l'épaisseur des membranes spinales, chez un enfant de 3 ans. Tous ces cas appartiennent essentiellement à la pie-mère. Dans une seule observation de Athol Johnson (1), on trouva dans le dos, sous l'apparence d'une spina-bifida, chez un nouveau-né, un lipôme qui à travers un trou dans le sacrum, atteignait jusqu'à la dure-mère : cela se comprend facilement lorsqu'on se rappelle que la dure-mère spinale n'adhère pas intimement à l'os, mais qu'elle en est séparée par une couche de graisse qui, dans le cas présent, a été évidemment la matrice de la tumeur.

Ces lipômes sont rares, aussi me semble-t-il intéressant de reproduire ici l'observation suivante que je dois à l'obligeance de M. le docteur Chouppe.

Obs. VII. *Lipôme de l'encéphale*, par M. H. Chouppe (3). — L., âgée de 45 ans, entre le 28 août 1872, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Velpeau, salle Sainte-Claire, lit n° 6.

Cette femme est dans un état d'affaissement moral très-prononcé, la mémoire très-affaiblie ne lui permet pas de donner sur ses antécédents des renseignements bien précis ; cependant l'on parvient à savoir que, depuis déjà plusieurs années, elle est sujette à des crises de céphalalgie très-violentes, durant plusieurs jours et souvent accompagnées de vomissements et de phénomènes d'embarras gastriques. La douleur se localise surtout dans la région occipitale ; fréquemment encore, les crises douloureuses sont accompagnées de palpitations et d'étourdissements avec ou sans perte de connaissance.

Il y a vingt ans, alors qu'elle n'avait jamais éprouvé ni

(1) Britisch medical journal, 1857.
(2) Follin, Pathologie externe.
(3) Archives de physiologie, 1873.

étourdissements, ni crises de céphalalgie, elle eut une attaque apoplectique qui laissa après elle une hémiplégie du côté droit, actuellement incomplète et sans contracture.

Elle vient à l'hôpital parce que elle a éprouvé récemment une crise plus douloureuse que les précédentes, avec affaiblissement notable de tout l'organisme.

Elle peut marcher, mais elle traine la jambe droite; le membre supérieur droit est également beaucoup plus faible que le gauche; la face est légèrement déviée à gauche.

Les organes thoraciques ne présentent pas de lésions graves; il existe seulement un peu d'emphysème pulmonaire. Les fonctions digestives sont languissantes, l'appétit presque nul, il y a de la constipation opiniâtre.

L'état se maintient à peu près le même jusque vers le milieu du mois de septembre; à cette époque, l'on s'aperçoit que la malade s'affaiblit de plus en plus; elle gâte. La céphalalgie, avec les mêmes caractères, mais sans vomissements, est devenue permanente. En même temps, elle accuse des douleurs assez vives dans les deux jambes et dans les parois abdominales, douleurs qu'elle compare à des crampes.

Vers le 1er octobre, les phénomènes se sont accentués; en même temps, elle est atteinte de rétention d'urine complète. D'abord le cathétérisme est indolent, mais le 8 octobre il devient douloureux, et l'on amène quelques caillots avec la sonde; jusque-là les urines ne contenaient pas d'albumine.

Dans la nuit du 9 au 10 octobre, la malade tombe tout à coup dans le coma; respiration stertoreuse, résolution complète; l'hémiplégie faciale droite est plus prononcée que les jours précédents; elle a vomi à plusieurs reprises; pas de convulsions.

Cet état persiste jusqu'au 18 octobre, jour où la malade meurt par asphyxie.

L'autopsie est faite le 19 octobre 1872.

Aucune lésion du crâne ni de la dure-mère; artères de la base saines.

Les nerfs olfactifs sont complètement atrophiés, grisâtres.

Près du bulbe olfactif droit, l'on trouve un ilôt graisseux, allongé dans le sens du nerf olfactif, ayant environ 1 centimètre et demi de long sur 1 centimètre de large et situé entre le nerf encore visible à sa surface et la scissure inter-lobaire.

La pie-mère n'est pas épaissie, pas de lésion superficielle de l'encéphale.

Sur la face supérieure du corps calleux, l'on voit de chaque côté de la ligne médiane, une tumeur d'apparence graisseuse; celle de droite est beaucoup plus allongée que celle de gauche. La tumeur droite a environ 3 centimètres et demi d'avant en arrière, et 1 centimètre et demi environ de largeur dans sa partie moyenne. Celle de gauche, au contraire, a à peine 1 centimètre et demi de long sur un peu moins de 1 centimètre de largeur. Ces deux tumeurs commencent en arrière au même niveau, c'est-à-dire près du bourrelet du corps calleux, et la tumeur droite finit environ à 2 centimètres en arrière du genou du corps calleux. Ces tumeurs refoulent de chaque côté, sans la détruire, la circonvolution du corps calleux. Elles ne pénètrent pas profondément, car le corps calleux est sain.

Au microscope, ces trois tumeurs sont composées d'un stroma conjonctif peu abondant, et de graisse qui se présente sous forme de grandes cellules et de granulations isolées.

M. Parrot (1) a publié une observation qui a de nom-

(1) Archives de physiologie, 1869.

breux rapports avec la précédente ; il s'agissait d'un lipôme de la pie-mère cérébrale développé aussi au niveau du corps calleux chez un jeune enfant ; aucun trouble cérébral n'avait été observé pendant la vie,

2º *Lipômes sous-péritonéaux.* — M. Jobert de Lamballe (1) a opéré une tumeur graisseuse de l'aine au sujet de laquelle il a fait une excellente leçon : après avoir montré les difficultés du diagnostic de cette tumeur et avoir en particulier rejeté l'idée d'une hernie graisseuse, M. Jobert conclut à l'existence d'un lipôme développé dans l'épaisseur de la couche du fascia superficialis, ayant son point d'implantation au niveau d'un des orifices du fascia crebriformis et ayant pris naissance au-dessous de cette lame aponévrotique ; l'opération confirme le diagnostic.

Obs. VIII. *Lipome du tissu cellulaire sous-péritonéal*, par M. Broca (2). — M. Broca présente à la Société anatomique une énorme tumeur de l'abdomen trouvée sur le cadavre d'un vieillard. Cet homme, entré peu de jours avant sa mort, dans le service de M. Hervez de Chégoin à l'hôpital Necker, n'allait à la garde-robe qu'avec beaucoup de difficultés. Un jour il fut pris de vomissements opiniâtres et mourut le lendemain.

On trouva dans la fosse iliaque gauche une énorme tumeur qui remplissait la moitié inférieure de l'abdomen et refoulait en haut les anses intestinales ; cette tumeur à contours arrondis reposait sur le muscle proas-iliaque ; elle appuyait sur les vaisseaux iliaques primitifs et iliaques externes ; elle était recouverte par le péritoine dans les 4|5 au moins de sa surface. Sa face antérieure était parcourue par une dépression longitudinale qui contenait l'S iliaque

(1) Gazette des hôpitaux, 1861.
(2) Bulletins de la Société anatomique, 1850.

déployée; le péritoine passait sur cette anse comme un pont et ne recouvrait que la moitié antérieure de sa circonférence.

La tumeur, longue de 35 centimètres, large de 30, épaisse de 20, pèse environ 15 kilog. Sa consistance varie dans les divers points de son étendue; en haut et en dedans, on trouve un noyau arrondi, gros comme la tête d'un enfant de deux ans et presque aussi dure qu'une tumeur fibreuse, le reste de la tumeur est mollasse et présente une fausse fluctuation.

A la coupe, on trouve que la portion molle de la tumeur possède d'une manière très-tranchée tous les caractères du lipôme et se compose exclusivement de lobules adipeux.

La portion dure présente un tout autre aspect; on y renconnaît encore quelques lobules de graisse, mais ceux-ci sont emprisonnés dans une espèce de gangue dure, lardacée, friable, au sein de laquelle existent beaucoup de vaisseaux ; le microscope n'y a du reste découvert aucun des éléments spécifiques du cancer ; c'est donc à tort que certaines personnes ont pris cette partie de la tumeur pour un lipôme dégénéré ; on n'y trouve autre chose que les produits organisés de l'inflammation chronique. Cette tumeur est très-curieuse à cause de son siége dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

La même année, M. Broca présentait à la Société anatomique une hernie graisseuse crurale du volume d'un œuf de pigeon; la tumeur, rétrécie en haut, traversait l'anneau crural et parvenait jusque sous le péritoine ; sa surface était nettement limitée par une membrane transparente très-résistante, laquelle, au-dessus de l'anneau crural, se continuait avec le fascia sous-péritonéal. Une anse de l'intestin grêle adhérait à ce niveau au péritoine pariétal dans une étendue de 1 centimètre, qui correspondait précisément à l'extrémité supérieure de la tumeur graisseuse.

M. Foucher (1) a publié l'observation d'un malade sur lequel il avait trouvé, dans chaque région inguinale, une tumeur ovoïde, molle, du volume du poing à droite et en partie réductible, du volume d'un œuf de poule à gauche et irréductible ; ces tumeurs étaient constituées par une masse considérable de graisse accumulée en dehors du péritoine, engagée dans le canal inguinal sous forme de sac herniaire ; ces deux hernies graisseuses auraient pu facilement être prises pour des épiplocèles.

3° *Lipômes sous-pleuraux.*

Ces lipômes sont fort rares et je n'en ai trouvé qu'un cas bien authentique qui a été cité par certains auteurs comme un lipôme du poumon : dans le passage indiqué, Rokitanski (2) dit avoir trouvé à la surface du poumon une tumeur graisseuse sous-pleurale.

4° *Lipômes du rein.*

Ces tumeurs présentent deux formes distinctes : l'une caractérisée par l'accumulation de graisse dans le tissu même des reins et dont je parlerai à propos des lipômes de constitution ; l'autre, par une hypertrophie locale ou généralisée de l'enveloppe graisseuse ; dans ce dernier cas, la tumeur peut pénétrer dans le hile du rein près du bassinet et du calice et entraîner l'atrophie de l'organe.

Obs. IX. *Lipôme de l'atmosphère graisseuse du rein*, par M. Moquier (4). — Cette observation a été prise sur une femme entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton, pour y être traitée d'un cancer de l'utérus. On trouva, en outre, sur cette femme, à la région iliaque

(1) Bulletins de la Société anatomique, 1854.
(2) Annales de thérapeutique, 1844-45.
3) Rokitanski, Pathologie anatomique, t. III.
(4) Bulletins de la Société de biologie, 1850.

gauche, au-dessous et un peu en dehors du rein, une tumeur recouverte en avant par le côlon descendant, en arrière, en rapport avec le carré des lombes et le muscle iliaque. Cette tumeur est lisse, aplatie, deux à trois fois plus volumineuse que le rein, de consistance mollasse, présentant une sorte de fluctuation. La tumeur pèse 315 grammes. La capsule fibreuse du rein se continue sur la tumeur où elle s'amincit considérablement en devenant celluleuse; lorsqu'après avoir enlevé cette membrane fibreuse, on cherche la connexité réelle qui peut exister entre la tumeur et le tissu du rein, on voit qu'on peut isoler le tissu de la tumeur d'avec le rein jusqu'au point où se trouve une espèce de pédicule du volume du pouce, formé de tissu fibro-celluleux et de vaisseaux volumineux, qui communiquent largement avec les vaisseaux du rein dont ils semblent provenir pour aller se ramifier dans le tissu de la tumeur, qui est parcourue par des vaisseaux nombreux et volumineux, surtout à la partie supérieure adhérente au rein. L'examen au microscope fait voir que la tumeur est constituée par des cellules adipeuses : c'est un véritable lipôme.

III. Lipômes du tissu adipeux de constitution.

Ces tumeurs sont très-rares, peut-être parce que l'attention n'a pas été suffisamment portée sur ce point; en effet, de nombreuses recherches m'ont permis d'en réunir un certain nombre d'exemples que je vais citer en y ajoutant une nouvelle observation inédite.

1° *Lipômes musculaires.*

Cruveilhier (1) dit avoir observé un exemple d'adipôme

(1) Cruveilhier, Anatomie pathologique, p. 309.

développé dans l'épaisseur même d'un muscle, mais il ne donne aucun détail. Albert (1) a trouvé un gros lipôme fibreux dans la substance même du cœur, et Lebert dans le tissu de l'utérus.

M. Marjolin (2) a enlevé un lipôme volumineux développé dans les muscles de la partie postérieure de la cuisse chez un jeune enfant. L'auteur annonce qu'il donnera plus tard l'observation détaillée de ce fait qui offre de l'intérêt en ce que la tumeur s'est formée dans le tissu même des muscles et qu'elle a pris son point de départ au point des insertions musculaires. Une section faite suivant son grand diamètre montre qu'elle renferme de nombreux faisceaux musculaires : je regrette de n'avoir pas trouvé l'observation annoncée.

J'ai déjà parlé d'une observation de lipôme de la langue que j'ai cru devoir placer à côté des lipômes sous-muqueux, bien que quelques-uns de ses caractères, son développement, son adhérence partielle aux tissus profonds, puissent faire soupçonner son origine musculaire : cette observation viendrait donc très-probablement se ranger à côté de la suivante :

Obs. X. *Lipôme de la langue*, de M. Follin (3).— M. Follin présente à la Société de chirurgie une tumeur très-rare de la langue qu'il a enlevée par la galvano-caustique : à la dissection de cette pièce, il est facile de voir qu'il s'agit d'un lipôme primitivement développé dans la langue dont les fibres longitudinales accompagnent la tumeur dans un tiers de sa hauteur. Au delà ce lipôme n'est plus recouvert que par la muqueuse. On peut supposer que cette masse graisseuse, primitivement développée dans la langue, a, en grossissant, écarté les fibres longitudinales du

(1) Virchow's Archiv., t. X, p. 215.
(2) Bulletins de la Société de chirurgie, 1855-56.
(3) Bulletins de la Société de chirurgie, 1866.

côté gauche de l'organe et s'est un peu pédiculisée en refoulant la muqueuse linguale en dehors.

Obs. XI (inédite). *Lipôme télangiectasique du tissu adipeux de constitution.* Service de M. le professeur Gosselin. (Salle Sainte-Vierge, n° 34). — François Doizey, âgé de 30 ans, tonnelier, est doué d'une constitution moyenne ; son tempérament est bon actuellement, mais il paraît avoir eu dans sa jeunesse quelques accidents scrofuleux.

A l'âge de 16 ans, après un effort très-violent, il s'est produit un gonflement douloureux à la partie médiane et latérale du dos, gonflement qui a cédé aux émollients. Deux ans après, le malade s'est aperçu de l'existence d'une petite tumeur dans la même région ; de la grosseur d'une noisette, cette tumeur avait à 20 ans le volume d'un œuf; elle a continué à grossir lentement et depuis deux ans elle a pris un développement considérable, et égale au moment de son entrée le volume des deux poings. Le malade n'a jamais eu de douleur spontanée à ce niveau ; la tumeur le gênait seulement par son volume et il lui arrivait souvent de se cogner en cet endroit.

Au mois de mars 1873, le malade, inquiet par suite des progrès rapides du mal, vient à la consultation de l'hôpital. Afin de déterminer la nature de la tumeur, on y fit l'application d'un mélange réfrigérant dont l'action, beaucoup trop violente sur les couches superficielles, dut être cessée rapidement et n'éclaira pas le diagnostic ; consécutivement il se développa un érythème qui dura trois semaines et fit beaucoup souffrir le malade. On fit ensuite une ponction exploratrice qui donna issue à quelques gouttes de sang.

18 juillet. Le malade rentre à l'hôpital pour se faire débarrasser de sa tumeur ; voici l'état physique qu'il présente :

La tumeur siége à la partie droite du dos, à trois travers de doigt de la colonne vertébrale, immédiatement au-dessous de l'angle inférieur du scapulum ; elle offre le volume

de deux poings : pas de changement de couleur à la peau; l'aspect des surfaces est uniforme ; pas de dilatation veineuse ; à la palpation, on constate que la tumeur n'est pas nettement limitée; adhérente aux parties profondes, elle ne paraît pourtant pas envoyer de prolongements dans l'aisselle ; elle n'est pas mobile sous la peau. La consistance est mollasse et rappelle absolument celle des lipômes; à la partie inférieure de la tumeur, on sent une lobulation manifeste et une dureté un peu plus grande; pas de fluctuation ; la compression ne réduit pas le volume ; pas de ganglions dans l'aisselle.

L'état général du malade est excellent.

Le diagnostic porté est celui de lipôme ; toutefois le développement très-rapide dans ces deux derniers mois, la dureté de la partie inférieure de la tumeur firent agiter un instant la question d'un sarcôme.

Le 22. Avant de procéder à l'ablation, une deuxième ponction exploratrice fut faite avec un trocart à hydrocèle; elle amena l'issue d'une notable quantité de sang; une incision cruciale permit d'arriver largement sur la tumeur et de disséquer sa face antérieure qui se confond sensiblement avec le pannicule sous-cutané; l'écoulement sanguin est assez abondant. En procédant à la dissection des parties latérales et profondes de la tumeur, on s'aperçoit qu'elle n'est nullement limitée, qu'elle fait corps avec le bord supérieur du grand dorsal que le bistouri doit entamer largement ; aussi, à ce moment, revient-on volontiers à l'idée d'un sarcôme.

La tumeur, enlevée en plusieurs fragments qui contiennent à leur limite des lambeaux musculaires, présente une couleur jaune rougeâtre; à la coupe, on distingue assez nettement sa constitution en partie graisseuse et en partie musculaire. On voit que le tissu de nouvelle formation a infiltré le muscle et s'est développé dans les espaces interfasciculaires; on reconnaît en même temps l'extrême

vascularité de la tumeur. Sur la coupe, de nombreux orifices de vaisseaux, probablement veineux, sont béants et en certains points on y découvre des phlébolithes durs, parfaitement arrondis, ressemblant à de petits pois chiches et contenus dans des dilatations vasculaires comme une sorte de kyste.

Si l'on vient à piquer ou à pincer les gros fragments de la tumeur, on observe une contraction de toute la masse, manifeste tant à la vue qu'au toucher; elle est particulièrement sensible lorsqu'on tient la tumeur embrassée entre le pouce et les autres doigts. Il est impossible de la mettre en doute, mais l'expérience ayant été répétée 5 ou 6 fois, est promptement devenue insensible.

L'examen immédiat au microscope est venu mettre hors de doute la nature lipomateuse du produit morbide; dans tous les points, on trouve au milieu des vésicules adipeuses quelques fibres musculaires qui paraissent en quelques endroits rompues par le développement de ces vésicules; ces fibres ne sont du reste pas dégénérées; on découvre en outre une quantité énorme de vaisseaux sanguins : nulle part il n'y a trace de tissu sarcomateux.

Le diagnostic doit donc bien être, *lipôme télangiectasique développé dans l'épaisseur du muscle grand dorsal.*

Après l'opération, le malade fut pris de fièvre assez vive avec diarrhée, anorexie; la plaie recouverte d'une pulpe grisâtre laissait suinter un pus de mauvaise nature. Ces accidents s'amendèrent au bout de huit jours, et le 10 août, l'état général du malade est excellent et la plaie couverte de bourgeons charnus est en voie de cicatrisation.

Obs. XII. — *Lipôme des muscles de la cuisse*, par M. Ollier (1). — La malade, âgée d'environ 40 ans, s'aperçut au mois de novembre 1863 qu'une grosseur lui venait à la

(1) Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon, t. IV.

cuisse. Il n'y avait pas de douleurs ni d'élancements. *Dans les derniers temps, la tumeur fit des progrès rapides*; traitée pendant un an par des médecins homœopathes, elle ne fit qu'augmenter. Le 3 mai 1864, la malade se présente à M. Ollier dans l'état suivant :

La tumeur siége à la partie interne et supérieure de la cuisse, recouverte par l'aponévrose : *elle n'a aucune adhérence avec la peau, ni avec le tissu cellulaire sous-cutané.* Elle paraît au premier abord adhérente aux parties profondes; mais en faisant fléchir la cuisse et en commandant à la malade de ne faire aucun effort musculaire, on reconnaît que le fémur est complètement libre. Relativement au bassin, la tumeur paraît adhérente à la branche descendante du pubis et se trouve accolée contre la membrane obturatrice. La peau présente au niveau de la tumeur des varices assez prononcées et de divers calibres ; mais cet état est purement local, il n'y a pas de varice à la jambe et le cou-de-pied n'est jamais œdématié.

L'opération est pratiquée le 10 mai 1864. La malade étant placée sur le bord d'un lit assez élevé, on fléchit la cuisse sur le bassin à angle droit et on pratique sur la face postérieure et interne de la tumeur une incision de 10 centimètres de long. On en pratique ensuite une deuxième dans le même sens, de manière à circonscrire une ellipse de 8 centimètres dans son plus grand axe, et comprenant la portion de la peau qui était parcourue par les veinules variqueuses. La première incision divise du premier coup la peau et le fascia sous-cutané ; on incise ensuite l'aponévrose sous laquelle on découvre la tumeur qui fait un peu hernie à travers les lèvres de l'incision et qui paraît d'abord formée d'énormes lobes graisseux. En disséquant de chaque côté de l'incision, on trouve *des fibres musculaires décolorées qui sont étalées sur la tumeur.* On introduit la main sous l'aponévrose pour en isoler les différents lobes. On rencontre bientôt en avant un sillon profond où

s'engageait la portion du droit interne qui n'avait pas été étalée sur la surface. On dissèque le muscle de bas en haut, dans une étendue de 15 centimètres; mais arrivé là, *on le trouva réduit à un faisceau excessivement étroit, décoloré, se confondant avec du tissu cellulaire et quelques vaisseaux*, et comme on jugea que sa conservation n'était d'aucune utilité, on le coupa.

On s'occupa alors de disséquer un lobule plus profond, sur lequel se trouvaient encore étalées quelques fibres musculaires. On les écarte ou on les déchire avec la main, et on isole, de ce côté-là, la tumeur. Les faisceaux musculaires appartenaient à l'adducteur superficiel et à l'adducteur moyen. On dissèque ensuite la tumeur en arrière avec la main, et on dégage deux énormes lobules qui s'enfonçaient sous la fesse et la partie postérieure de la cuisse. Restait encore à dégager la partie postérieure de la tumeur qui paraissait solidement bridée. L'opérateur passe la main en dedans de cette grosse masse et la sépare de la même manière de ses adhérences profondes, *en écartant ou rompant quelques fibres musculaires interposées entre les lobules graisseux*. A la partie supérieure, la tumeur est appliquée contre le trou obturateur; on la sépare facilement de l'obturateur externe. Mais on trouve une adhérence plus solide au niveau de la branche ischio-pubienne. On les détruisit encore avec la main et la tumeur ne tint alors que par un point où elle paraissait adhérente à l'os. On la dégagea cependant de la même manière, en faisant éclater une lamelle osseuse de 3 ou 4 millimètres de largeur sur 15 de longueur. La tumeur fut alors extraite et on eut ainsi sous les yeux une immense cavité au fond de laquelle on distinguait le fémur, l'ischion et le pubis. On se rendit compte de l'état des muscles intéressés; on vit que le droit interne avait été coupé et les fibres les plus internes des deux moyens adducteurs déchirées en partie.

La plaie se cicatrisa par première intention et le 1er juillet, la malade sortit guérie.

Un point intéressant, c'est l'adhérence que la tumeur avait contractée avec la branche descendante du pubis; cette adhérence ne peut être que secondaire, car la tumeur ne s'est pas développée entre le périoste et l'os; il n'y a pas là de tissu graisseux qui puisse lui donner naissance. L'explication la plus acceptable nous paraît être la suivante : bridée par les fibres musculaires du premier adducteur et fortement appuyée contre l'os pendant une certaine période de son évolution, la tumeur a pu user le périoste ou plutôt se confondre avec lui et alors adhérer à la substance osseuse.

Première récidive du lipôme de l'observation précédente par M. Marduel (1). — Le 15 juin 1866, la malade qui fait le sujet de l'observation précédente, rentre à l'Hôtel-Dieu de Lyon ou l'on constate ce qui suit :

La tumeur a récidivé un an après la première opération, sur place, à la partie interne et supérieure de la cuisse; depuis le mois de janvier, exorbitis due à une tumeur développée dans l'orbite. Le 16 juin, ablation de la tumeur de la cuisse enfoncée profondément entre les adducteurs; son poids est de 4500 gr. Elle est formée de gros lobules dont les uns ont l'aspect graisseux, les autres une teinte gris-blanchâtre, séparés les uns des autres par d'épaisses cloisons fibreuses. Le microscope révèle partout la présence d'éléments fibro-plastiques peu abondants dans les lobes à aspect graisseux qui sont surtout formés d'éléments adipeux renfermés dans une trame fibreuse, très-abondants dans les autres portions de la tumeur.

Deuxième récidive et généralisation de la tumeur par M. Fon-

(1) Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon, t. VI, p. 122.

tan (1). — La même malade voit la tumeur de la cuisse récidiver de nouveau et celle de l'orbite prendre une marche inquiétante, chassant peu à peu le globe oculaire de sa cavité et amenant enfin la cécité et l'ulcération de la conjonctive, ainsi que la perforation de la cornée. C'est dans cet état que la malade rentra à l'Hôtel-Dieu, le 27 novembre 1866.

Sur ses instances, on tenta une opération qui eut pour résultat d'enlever l'œil et une partie considérable de la tumeur ; des prolongements du côté du trou optique et de la fente sphénoïdale rendant impossible une extirpation complète.

A l'examen de la tumeur on reconnut qu'elle était identique comme structure à celle qui fut enlevée en 1866. C'est une tumeur de nature fibro-graisseuse développée aux dépens du tissu cellulo-graisseux de l'orbite; le globe occulaire n'avait pas contracté d'adhérence avec elle.

2° *Lipômes intra-glandulaires.* — Cruveilhier dit avoir rencontré plusieurs cas d'adipomes glanduleux du rein : il a fait représenter une de ces pièces dans son atlas d'anatomie pathologique : la substance corticale contenait dans son épaisseur un nombre considérable de loupes graisseuses : le tissu propre du rein paraissait d'ailleurs n'avoir nullement participé à cette production : on aurait dit que de petites masses adipeuses sphéroïdales avaient été interposées aux granulations de la substance corticale.

Virchow (2) a aussi rencontré des noyaux graisseux du volume d'une cerise dans les reins, notamment dans la partie corticale : selon lui, ils siégent d'ordinaire dans la substance rénale même, juste au-dessous de l'albuginée, et non en dehors. Ce tissu adipeux siège dans le paren-

(1) Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon, t. VI, p. 191.
(2) Virchow Traité des tumeurs, t. I, fig. 79.

chyme proprement dit et se développe aux dépens du tissu connectif interstitiel, de manière à former une tumeur lâche et molle : M. Godard (1), dans un travail sur la substitution graisseuse du rein, dit aussi avoir rencontré plusieurs tumeurs de cette nature.

Obs. XIII. — *Lipôme intra-glandulaire de la parotide*, par M. Richet (2). — La pièce que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie, offre un exemple remarquable d'infiltration graisseuse des culs-de-sac parotidiens, variété nouvelle de tumeur dans cette région parotidienne déjà si fertile en tumeurs de tout genre.

Le nommé François F..., âgé de 42 ans, d'une constitution en apparence assez robuste, fait remonter à 5 ans et 1/2 le début de son affection. Il a remarqué que, immédiatement au-dessous du lobule de l'oreille gauche, la peau se soulevait en masse et sans présenter de bosselures : peu à peu et très-lentement, le lobule lui-même se souleva et fut rejeté en dehors. Jusqu'à, il y a dix-huit mois, il n'y avait ressenti aucune douleur et même encore actuellement, c'est à peine si, malgré le volume considérable qu'a acquis la tumeur il y éprouve de la gêne et de très-rares élancements.

La région parotidienne gauche est occupée par une tumeur du volume d'une de ces oranges dites mandarines; le lobule de l'oreille est fortement soulevé et rejeté en haut et en dehors : la branche du maxillaire est propulsée légèrement en avant et par suite le menton ne répond plus tout à fait à la ligne médiane. Le soulèvement de la région parotidienne ne se présente point sous l'aspect d'une tumeur arrondie, mais bien d'un cône dont la base occupe toute l'étendue de la parotide en largeur et en

(1) Godard, Recherches sur la substitution graisseuse du rein, 1859.
(2) Bulletins de la Société de chirurgie, 2e série, t. II.

hauteur, et dont le sommet assez aigu déborde le lobule de l'oreille.

En y regardant avec attention, on ne tarde pas à voir que toutes les branches du nerf facial subissent une légère compression : car, quand le malade rit ou fait un grand mouvement des muscles faciaux, il y a une assez sensible déviation à droite.

La tumeur offre partout une résistance et même une dureté assez grande : nulle part on n'y trouve de points ramollis ou fluctuants ; les téguments sont sains et offrent leur coloration normale. Quand on cherche à imprimer à la tumeur des mouvements de totalité, on reconnaît qu'elle s'enfonce profondément dans le sillon parotidien, mais le doigt indicateur gauche porté à ce moment jusque dans le pharynx, pour explorer la portion du creux parotidien qui correspond aux parois pharyngiennes, permet de reconnaître qu'elle n'a point envahi cette région. A ces divers symptômes je n'hésite point à diagnostiquer un chondrome.

L'opération fut longue et pénible.......; les suites furent des plus heureuses.

L'examen approfondi de la tumeur montra que l'altération ne siégeait pas dans les ganglions, mais bien dans le tissu glandulaire lui-même. On peut reconnaître même à l'œil nu que la matière grisâtre occupe les granulations salivaires : toutes ne sont point envahies au même degré; quelques-unes sont tout à fait blanches, d'autres conservent encore une demi-transparence. Dans quelques points centraux, la matière forme une masse homogène et au centre de ces masses, quelques points semblent plus mous.

L'examen microscopique fait quelques heures après, par M. Chalvet jeune, anatomiste très-versé en ces sortes d'études, montre que cette matière blanche que, à l'œil nu, on aurait pu prendre pour du pus concret ou des tuber-

cules, n'est autre chose que de la graisse qui se présente sous l'apparence de granulations ayant envahi les cellules ou culs-de-sac glandulaires. C'est ce que l'on peut reconnaître dans les points où l'altération n'a pas encore détruit toute trace d'organisation, car au centre, on ne rencontre que des granulations graisseuses. A la périphérie, au contraire, on trouve entre les culs-de-sac envahis par la graisse, du tissu cellulaire et du tissu élastique qui n'ont encore subi aucune transformation.

3° *Lipômes osseux.* — Une tumeur de cette nature a été observée par Follin (1) et Jobert de Lamballe : Jobert excisa par deux sections obliques réunies à angle, un coin de l'os maxillaire inférieur formant tumeur chez un jeune homme de 25 ans. L'examen anatomique de la pièce fit voir qu'il s'agissait d'un véritable lipôme dans l'épaisseur de l'os.

Obs. XIV. *Lipôme du maxillaire supérieur*, par le Dr Viard (2). — La tumeur, grosse comme un œuf de dinde, s'était formée dans l'épaisseur du maxillaire supérieur. Elle remplissait et distendait le sinus maxillaire et on supposa d'abord qu'elle avait débuté sous la membrane muqueuse de ce sinus. Mais un examen plus approfondi montra que le tissu osseux en avait été réellement le siége primitif, car on trouvait encore à la partie centrale de la tumeur, au sein de la substance graisseuse, quelques lamelles osseuses entre-croisées et séparées les unes des autres par du tissu adipeux. M. Nélaton, qui a examiné cette tumeur, a pensé aussi qu'elle était exclusivement graisseuse, que c'était un lipôme du maxillaire supérieur.

Obs. XV. *Lipôme du maxillaire supérieur*, par M. Robert (3).

(1) Follin, Traité de pathologie externe, t. I.
(2) Bulletins de la Société anatomique, 1850.
(3) Bulletins de la Société de chirurgie, 1854.

— Le sujet de cette observation est une jeune fille, qui portait depuis longtemps sur le côté gauche de la face, une tumeur profondément située dans la région temporo-zygomatique. Cette tumeur dure, volumineuse, s'était peu à peu accrue en refoulant les parties du squelette avec lesquelles elle était en rapport. Ainsi le maxillaire supérieur était déformé.

Le diagnostic, primitivement porté, était une affection du maxillaire supérieur. M. Robert, remarquant que la tumeur offrait des inégalités dans sa consistance, pensa qu'il était possible qu'elle n'appartînt pas aux os : il craignait seulement qu'elle n'allât adhérer à la base du crâne: néanmoins il se décida à l'enlever. A l'aide d'une incision transversale partant de la commissure labiale et se dirigeant vers l'oreille, il divisa la peau, et disséquant deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, il mit à nu l'arcade zygomatique qu'il trouva amincie : il la coupa et la renversa en bas avec le masséter. Le crotaphyte fut ainsi mis à nu et on reconnut que l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur était aussi considérablement élargie et amincie. Il la coupa, la rejeta en haut avec le muscle et mit ainsi la tumeur à nu. Dès lors on reconnut qu'elle était formée de matière graisseuse et de parties osseuses : après avoir disséqué circulairement toutes ses adhérences, il essaya, en glissant les doigts sur sa face profonde, de l'arracher : il y parvint enfin, mais avec des efforts d'une grande énergie.

L'opération date de 4 mois : la malade est parfaitement guérie.

La tumeur était composée de graisse et de substance osseuse.

DISCUSSION.

Les nombreuses observations que je viens de reproduire prouvent que le lipôme peut se rencontrer dans toutes les régions qui contiennent du tissu graisseux : n'est-il pas dès lors tout naturel d'adopter le même ordre dans la classification de ce tissu et du lipôme auquel il donne naissance? Si, à cette raison purement théorique, s'ajoute ce fait que le siége de la tumeur modifie singulièrement le caractère et les propriétés du produit pathologique qui s'y développe, la méthode que j'ai l'honneur de proposer sera suffisamment justifiée. La lecture de ce travail me paraît imposer à l'esprit deux remarques générales : l'une est relative aux difficultés du diagnostic, l'autre au nombre même des observations : toutes deux sont étroitement liées, car la rareté supposée de ces productions morbides en éloigne nécessairement l'idée. Ces tumeurs sont-elles aussi rares qu'on le croit généralement? Je ne le pense pas. Je ne puis me flatter d'avoir recueilli toutes les observations publiées : un grand nombre de cas cités comme exemples de lipômes anormaux, étaient trop incomplets pour me permettre d'en retrouver l'origine; enfin, il ne faut pas oublier que ces tumeurs sont essentiellement bénignes, ne sont pas toujours opérées, et que, par suite, rien ne vient confirmer le diagnostic. Quoi qu'il en soit, les observations authentiques, dans les tissus même qui y semblaient le moins prédisposés sont assez nombreuses pour qu'il m'ait paru utile de les réunir et d'appeler sur elles l'attention. Les difficultés du diagnostic ressortent suffisamment de ce fait, que, à peu d'exceptions près, l'opération seule a révélé la nature de la tumeur aux chi-

rurgiens éminents qui l'exécutaient. D'autres, moins prudents, ont rencontré des complications inattendues et funestes aux malades. La classification que j'ai adoptée me paraît plus rationnelle que toutes celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour, et je vais essayer de montrer qu'on peut en tirer des préceptes fort utiles.

Je ne chercherai pas dans cette étude à distinguer les uns des autres les lipômes d'interposition ou de constitution : pour ceux que l'on rencontre le plus souvent, toute distinction serait vaine, car les tumeurs, nées dans le tissu même des muscles, finissent tôt ou tard par envahir les intervalles musculaires pour devenir en quelque sorte des tumeurs mixtes ; quant aux autres, il est inutile de faire remarquer que je n'essayerai pas de rechercher à quels caractères on peut reconnaître un lipôme cérébral, glandulaire, etc. Ce sont là des excentricités qui étonneront toujours le chirurgien, et le diagnostic fût-il fait, on ne serait guère plus avancé.

Les tumeurs graisseuses des deux dernières classes ont, avec les lipômes ordinaires, des analogies que je n'ai pas besoin de rappeler : elles peuvent s'en distinguer par les caractères suivants :

1° Le développement même de la tumeur est un signe qui a une grande valeur : les lipômes profonds restent longtemps stationnaires, jusqu'à ce que, par un travail très-lent, ils aient réussi à vaincre la résistance des tissus dans lesquels ils ont pris naissance, des aponévroses, etc. ; à partir de ce moment, ils font des progrès rapides du côté de la peau, se vident en quelque sorte dans le pannicule sous-cutané : ce caractère, qui se retrouve dans toutes les observations complètes que j'ai recueillies, est précisément celui qui a fait errer le diagnostic et songer à des productions malignes ;

2° La tumeur est toujours plus ou moins adhérente aux parties profondes ;

3° Elle n'est pas régulièrement circonscrite, mais formée d'un nombre plus ou moins considérable de lobes qui dissèquent en quelque sorte la région, et s'étendent parfois très-loin en suivant les intervalles musculaires : l'observation de la page 27 montre suffisamment les dangers que cette diffusion peut présenter ;

4° Enfin, la peau est mobile sur la tumeur, et on reconnaît facilement que *celle-ci est indépendante du pannicule graisseux.* Ce dernier caractère a été nettement remarqué par M. Ollier; mais il est facile de comprendre que des ponctions exploratrices, et toute manœuvre amenant l'inflammation de la tumeur, produiront des adhérences et masqueront ce signe; c'est ce qui est arrivé pour l'observation XI.

La séparation de ces deux classes de tumeurs n'est pas moins importante pour le pronostic : j'ai déjà dit que les unes étaient franchement homœomorphes, tandis que les autres, presque hétéromorphes, empruntaient à ce seul fait un certain degré de malignité. L'observation due à M. Ollier, d'un lipôme deux fois récidivé et généralisé, pour être encore isolée, n'en a pas moins une grande importance : bien d'autres raisons viennent encore aggraver le pronostic : ces lipômes non circonscrits, dont les lobes s'étendent quelquefois bien loin entre les couches profondes, entraînent le chirurgien à produire des désordres considérables. Enfin, c'est encore parmi ces tumeurs que l'on rencontre ce développement inusité de vaisseaux, qui leur a fait donner le nom de télangiectasiques, et qui expose, pendant l'opération, à de graves hémorrhagies.

Il me reste à faire quelques remarques particulières sur les observations que j'ai publiées :

Les lipômes de la main sont fort rares, et je ne crois pas qu'il en existe d'autres exemples que ceux que j'ai recueillis ; or la lecture attentive de ces observations me porte à penser que tous se sont développés sous l'aponé-

vrose palmaire, probablement dans les muscles des éminences thénar ou hypothénar.

Cela n'est pas douteux pour l'observation IV, si complète, de M. Trélat, pas plus que pour la IIe; la IIIe, par son développement en deux périodes successives, par sa diffusion, se rapproche singulièrement des lipômes d'interposition : la première seule pourrait s'être développée dans les pelotons adipeux, bien qu'elle soit trop incomplète pour rien affirmer, et que l'inflammation des gaînes tendineuses, après l'opération, permette au moins le doute.

Je crois devoir faire les mêmes réserves à propos des lipomes de la langue; j'ai déjà donné les raisons qui me portent à rapprocher les deux observations VI et X, et à leur donner pour origine commune les muscles mêmes de la langue. On comprend combien il est difficile de classer après coup des observations qui, quoique complètes, n'ont pas été prises au point de vue que l'on étudie. Une autre variété de lipômes peut donner lieu à de graves erreurs, et a été l'objet de nombreuses discussions : je veux parler du lipôme herniaire. On a ainsi appelé différentes choses, et c'est pour avoir voulu leur assigner une même origine que l'on n'a pu se mettre d'accord à leur sujet : il peut arriver qu'une hernie inguinale, par exemple, soit formée par une partie d'épiploon très-chargée de graisse; qu'il s'y développe même un état lipômateux, de telle sorte que le contenu de la hernie est un lipôme épiploïque. D'autres fois, il se forme une tumeur graisseuse dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sans qu'il y ait hernie de l'épiploon ou de l'intestin, et cette tumeur peut s'engager dans la direction ordinaire des sacs herniaires.

L'observation de Jobert de Lamballe en est un exemple : c'est là le véritable lipôme herniaire. Enfin, il peut encore se former un développement lipômateux autour d'un sac herniaire : cela arrive en particulier pour les sacs déshabités, dont l'orifice s'oblitère en partie ou en totalité :

on trouve alors un sac herniaire très-petit au milieu d'une masse énorme de graisse.

De tous les organes qui renferment normalement du tissu adipeux, le système nerveux périphérique est le seul dans lequel mes recherches soient restées complètement infructueuses; cela ne veut pas dire que les filaments graisseux interposés aux faisceaux primitifs des nerfs soient rebelles à l'hypergénèse, mais prouve seulement que l'attention n'a pas encore été portée sur ce point, et je crois qu'un certain nombre de névrômes pourraient bien n'avoir été en réalité que des lipômes ; l'expérience seule pourra trancher la question.

En résumé, les lipômes d'interposition ou de constitution sont assez fréquents pour que l'on ne puisse pas les négliger dans le diagnostic de tumeurs anormales : il est important, pour le pronostic, de pouvoir distinguer ces tumeurs de la simple hypergénèse du pannicule sous-cutané. Quant à l'intervention chirurgicale, je crois que la bénignité relative de ces productions, les désordres qu'entraînent leurs prolongements inter-musculaires, le danger possible des hémorrhagies sont des raisons suffisantes pour autoriser l'abstention. Dans le cas où des circonstances particulières, compression, voisinage d'organes importants, nécessitent une intervention, on doit au moins se préparer à combattre les accidents possibles.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.r-le-Prince, 31.



A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.